



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Dental Examinadora

Solicitud Certificación de Cumplimiento con Servicio Comunitario con Remuneración

Instrucciones Generales

1. Esta solicitud deberá ser cumplimentada en su totalidad.
2. Esta solicitud deberá ser acompañada a la certificación expedida por la entidad correspondiente: Administración de Seguros de Puerto Rico (ASES), la Administración de Veteranos o la Escuela de Medicina. Esta certificación deberá acreditar el total de horas que el médico cualificado ofreció servicios.
3. El total de horas rendidas debe ascender a ciento ochenta horas (180).
4. Esta Certificación tiene un costo de trescientos dólares (\$300).

Solicitud Certificación de Servicio Comunitario con Remuneración

Ley 14-2017

Ley 60-2019

FECHA DE RADICACIÓN DE INFORME ANUAL SEGÚN INDICADO EN EL DECRETO APROBADO POR EL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO ECONÓMICO:

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
------------------	------------------	--------	---------

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
DÍA/ MES / AÑO

Número de Seguro Social (Últimos 4 dígitos): _____

Número de Licencia profesional o provisional (si aplica): _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Favor de marcar según corresponda:

_____ Médico Generalista, Especialista o Subespecialista: De contar con una o más especialidades

favor de Especificar: _____

_____ Médico Residente Especificar: _____

_____ Dentista General o Especialista en Odontología Especificar: _____

_____ Podiatra

II. INFORMACIÓN DE HORAS DE SERVICIO COMUNITARIO CON REMUNERACIÓN

Marque todas las que apliquen:

Indique si en el período solicitado usted fue proveedor de Plan Vital Sí No

Indique si en el período solicitado usted fue proveedor de Plan Platino Sí No

Indique si en el período solicitado usted fue empleado o proveedor de la Administración de Veteranos Sí No

Indique si en el período solicitado usted fue empleado o proveedor en carácter de profesor de una escuela de medicina en Puerto Rico

III. CERTIFICACIÓN

Yo, _____, mayor de edad, de estado civil _____,

_____ (profesión) y residente de _____, Puerto Rico Certifico que

he leído y completado la solicitud con información verdadera y correcta. Se advierte que de brindar información falsa será suficiente para no emitir la certificación de médico cualificado.

Fecha: _____ Firma: _____